

40歳未満用

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額
			¥
			組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>

平成29年度 各種健診補助金交付申請書



受診者		年齢	保険証記号	保険証番号			
							-
種別	第1種 <input type="checkbox"/>	第2種 <input type="checkbox"/>	第3種 <input type="checkbox"/>	第4種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>
受診した 医療機関	名称						
	所在地						
受診日	平成	年	月	日	支払金額	円	
補助 金 振 込 先	金融機関	銀行 信用金庫		支店番号	支店名		
	種類	普通・当座・貯蓄		口座番号			
	名義	フリガナ					
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日				★女性で、今回の受診項目に子宮頸がん検査が含まれていた場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 子宮頸がん（視診、子宮頸部の細胞診及び内診） <input type="checkbox"/>			
次の①から③は補助対象外です ①診療に伴う保険適用の健診 ②市町村等で既に補助を受けている健診 ③事業主が実施する事業者健診				受診者	自宅住所	〒	
					連絡先 電話番号	()	
					平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。		
					氏名	印	
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様							

■ 申請する際は次の事項をよくお読みください。

- 1 年度内(4月～3月)1回の健診につき【組合員(第5種を除く)10,000円 家族7,000円】を限度に補助します。
※4月2日以降に加入した40歳以上の方は、こちらの補助の対象となります。
- 2 上記の補助対象外の健診以外であれば、どのような健診(検診)でも構いません。
例：乳がん検診、子宮体がん検診、胃カメラ等(事業者健診等で受けられない検診項目をおすすめします。)
- 3 受診者世帯の種別と受診者の続柄にチェックを入れてください。
- 4 ★印の子宮頸がん検査を含んでいた場合は必ずチェックを入れてください。(後で国に申請する調査に必要です。)
- 5 申請時に「領収書(原本)」を必ず添付してください。
- 6 ※印の欄は、組合記入欄ですので記入しないでください。

■ 「領収書」及び「補助金振込先口座」についての注意事項

- 1 「領収書」は原本で《受診者名(フルネーム)、日付、医療機関名、金額、但し書き》が明記されたものをお願いします。
※但し書きが〈自費負担〉〈保険外診療〉等は不可、又 レシートは不可
- 2 「領収書」の宛名や補助金の振込先が、会社名や事業主名ですと、〈事業者健診〉と判断せざるをえず補助対象になりません。
- 3 「領収書」の宛名は必ず受診者氏名、又 補助金振込先は受診者あるいは受診者世帯員の口座をお願いします。